

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3302/2025

ATAS/289/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 avril 2026

Chambre 5

En la cause

A_____

recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FULLEMANN , juges assesseurs

EN FAIT

- A.**
- a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1985 et originaire du Kirghizistan était domiciliée avec son mari en France voisine.
 - b.** Le mari de l'assurée était employé frontalier B_____ (ci-après : B_____).
 - c.** Dès le 1^{er} mars 2020, l'assurée a été couverte, en qualité d'épouse d'un employé du B_____, par une police d'assurance-maladie obligatoire de soins (ci-après : AOS) conclue avec HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : HELSANA), selon un contrat collectif assurant le personnel du B_____.
 - d.** Le 14 avril 2020, HELSANA a rempli le formulaire E 106 selon règlement 883/2004, confirmant le droit aux prestations de l'assurance-maladie pour l'assurée et son mari, avec effet au 1^{er} mars 2020.
 - e.** Selon la base de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCPM), l'assurée et son mari se sont établis à Genève le 16 juillet 2020.
 - f.** Le 7 juillet 2020, HELSANA a établi une nouvelle police d'assurance en faveur de l'assurée, intitulée « Helsana Basis standard », valable dès le 1^{er} juillet 2020.
 - g.** En octobre 2020, HELSANA a établi en faveur de l'assurée une nouvelle police d'assurance pour 2021, intitulée « Helsana BeneFit Plus médecin », valable à partir du 1^{er} janvier 2021, pour une prime mensuelle de CHF 425.15.
 - h.** Le 12 octobre 2020, HELSANA a reçu le formulaire E 106 précité, contresigné par l'« Assurance maladie de Paris - Service des relations internationales » indiquée comme étant l'institution du lieu de résidence de l'assurée et de son mari.
 - i.** Selon la base de données Calvin, l'assurée et son mari ont quitté la Suisse pour s'établir à nouveau en France le 1^{er} mars 2021.
 - j.** Par courriel du 19 mars 2021, le B_____ a transmis à HELSANA un formulaire d'avis de sortie de l'assurance de groupe du B_____ de l'assurée et son mari, signé par ce dernier le 1^{er} mars 2021. La date de sortie de l'assurance était le 28 février 2021 ; il n'y avait pas de transfert dans l'assurance individuelle et il s'agissait d'une sortie de la couverture d'assurance de HELSANA. La sortie de l'assurance était due au transfert de résidence en France des époux au 1^{er} mars 2021, étant précisé que le contrat de travail avec le B_____ était toujours en cours.
- B.**
- a.** Par décision du 11 novembre 2024, HELSANA a demandé à l'assurée le remboursement de CHF 7'311.45.
- Ce montant correspondait à la somme des frais de traitements à l'étranger en faveur de l'assurée, selon des décomptes de prestations datés de la période courant du 27 avril au 22 décembre 2021 pour un montant total de CHF 7'172.45,

ainsi qu'aux intérêts moratoires de CHF 68.75 et frais de rappel de CHF 70.- y afférents. Les frais de traitements en question avaient été facturés par l'Institution commune LAMAL le 18 septembre 2022 à HELSANA, qui les avait payés. Or, l'assurée, au moment des traitements, n'était plus soumise à l'obligation de s'assurer auprès d'HELSANA, raison pour laquelle cette dernière avait annulé son contrat d'assurance avec effet rétroactif ; dès lors, le montant des prestations avait été facturé *a posteriori* à l'assurée, à qui HELSANA avait adressé un dernier rappel le 26 février 2023.

b. Par courrier du 30 novembre 2024, l'assurée s'est opposée à cette décision. Elle n'avait jamais reçu de courrier d'HELSANA au mois de février 2023 et avait déménagé avec son époux, de Genève vers la France, en mars 2021. Depuis lors, elle était assurée auprès de la sécurité sociale française et avait également une mutuelle. Tous les soins effectués depuis son arrivée en France, en 2021, avaient été remboursés via le système de sécurité sociale français. Elle ne comprenait donc pas pourquoi elle devait s'acquitter de la somme réclamée par HELSANA.

Elle joignait à son courrier les documents suivants : un courrier du 28 décembre 2021 de la Caisse primaire d'assurance maladie (ci-après : CPAM) de Haute-Savoie, confirmant à son mari l'affiliation à l'assurance maladie française dès le 1^{er} mars 2021 dans le cadre du dispositif pour les frontaliers ; un formulaire de choix d'assurance-maladie au régime français des époux, reçu le 6 avril 2021 par la CPAM ; une attestation de droits d'assurance maladie des époux et de leur enfant, valable pour la période du 19 janvier 2022 au 18 janvier 2023 avec la mention manuscrite « attestation antérieure non disponible auprès de la CPAM ».

Par courrier du 23 décembre 2024, HELSANA a informé l'assurée que le courrier de rappel du 26 février 2023 avait été adressé à son époux, puisqu'elle disposait d'un contrat de famille. La couverture d'assurance avait été résiliée le 28 février 2021 et après cette date, HELSANA avait continué à recevoir des factures de la France, dont une copie était transmise à l'assurée. Le délai de réclamation étant dépassé, HELSANA ne pouvait plus contester les prestations. L'assurée était invitée à demander à la CPAM le retrait de ses factures et la transmission d'une confirmation écrite, ce afin d'éviter que le processus de recouvrement ne se poursuive ; HELSANA joignait en particulier à son pli son courrier de rappel du 26 février 2023 et la copie des factures de l'Institution commune LAMal.

c. Par décision sur opposition du 26 août 2025, HELSANA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision de restitution.

C. **a.** Par acte du 23 septembre 2025, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) contre cette décision, concluant, implicitement, à son annulation. Elle exposait, en substance, qu'elle n'était pas responsable des défauts de coordination entre les systèmes d'assurance-maladie français et suisse.

À l'appui de son recours, elle a notamment produit une attestation datée du 20 juin 2025 de la CPAM, confirmant son affiliation à l'assurance maladie française, du 1^{er} mars 2021 au 27 juin 2023, en se fondant sur le dossier de son mari travailleur frontalier puis, dès le 28 juin 2023, à titre personnel.

b. Par réponse du 6 octobre 2025, HELSANA a conclu au rejet du recours. La recourante avait confirmé avoir obtenu des prestations en France et y était assurée depuis le 1^{er} mars 2021.

c. Par réplique du 13 octobre 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions, faisant notamment valoir que l'affiliation avec HELSANA avait pris fin avant le versement des prestations, raison pour laquelle elle n'avait pas d'obligation de remboursement à l'égard de l'intimée.

d. Par duplique du 14 novembre 2025 HELSANA a allégué que la décision de prendre en charge les prestations était erronée et que la rectification de cette décision revêtait une importance notable. De plus, l'institution commune LAMal lui avait facturé les prestations, raison pour laquelle elle n'avait d'autre choix que de les payer, étant précisé que, si cette dernière avait reçu les factures, cela signifiait que l'assurée avait présenté sa carte d'assurance HELSANA. S'agissant du principe de la bonne foi qui s'opposait au remboursement, l'assurée ne pouvait le faire valoir que dans un second temps, en lien avec sa situation financière précaire, après que la décision sur la présente espèce soit entrée en force.

e. Par observations spontanées du 25 novembre 2025, la recourante a fait valoir qu'elle n'avait, en aucun cas et contrairement aux allégations de l'intimée, utilisé sa carte d'assurance HELSANA en ce qui concernait les factures acquittées par l'intimée après la fin de la couverture d'AOS. Elle joignait à cet effet quatre copies de notes d'honoraires, respectivement datées du 6 mai, du 9 juin, du 16 juillet et du 12 octobre 2021 et qui toutes se référaient à l'affiliation auprès du tiers payant CPAM, sans qu'aucun lien n'apparaisse avec l'intimée.

f. Interrogée par la chambre de céans à propos de la situation de la recourante, l'Institution commune LAMal a répondu par pli du 5 mars 2026.

Elle a expliqué en particulier que l'organisme de liaison français avait facturé les coûts de traitement litigieux sur la base du formulaire E 106, considéré comme garantie de prise en charge des coûts. Elle précisait que ce formulaire (E 106) permettait à une personne assurée en Suisse de recevoir des prestations en nature au sein de l'Union européenne. Sur cette base, les fournisseurs de prestations français avaient effectué, en 2021, les traitements pour la recourante et soumis les demandes de remboursement via le formulaire E 125. Le montant total des factures enregistrées dans le dossier de la recourante s'élevait à CHF 7'293.90. HELSANA n'avait informé l'Institution commune LAMal, en tant qu'organisme de liaison, qu'en date du 1^{er} février 2024 et avait exigé, à ce moment-là, une contestation des dites factures, tout en transmettant les formulaires S 016 et S 017. L'Institution commune LAMal n'avait pas pu contester ces factures dès lors que,

selon le droit européen de coordination des systèmes de sécurité sociale, les demandes ne peuvent plus être contestées après 18 mois, à compter de la fin du mois d'introduction de la créance étrangère auprès de l'organisme de liaison de l'État membre.

L'Institution commune LAMal a notamment produit les documents suivants : les factures des traitements litigieux, émises les 23 janvier et 18 septembre 2022 et adressées à HELSANA, les formulaires E 125 relatifs à ces factures, les formulaires S 016 et S 017, des échanges de courriels entre HELSANA et l'institution commune LAMal entre le 1^{er} février et le 14 mars 2024.

g. Les parties ont été invitées à se déterminer à la suite du courrier de l'Institution commune LAMal ; dans le délai octroyé pour se déterminer, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

h. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

i. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

La recourante, à présent domiciliée en France, a été domiciliée, en dernier lieu, dans le canton de Genève.

La chambre de céans est, par conséquent, également compétente *ratione loci*.

1.3 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) prévus par la loi, le recours est recevable.

-
2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée réclamant le remboursement de factures pour des soins effectués après la fin de la couverture d'assurance.
 3. Il convient au préalable de relever ce qui suit concernant le droit applicable.

3.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3).

Au regard du caractère transfrontalier des faits déterminants, il est incontesté que le litige doit être résolu à la lumière des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP - RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : Règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), remplaçant le Règlement (CE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale (ci-après : Règlement n° 1408/71), ainsi qu'au Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du Règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : Règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'Annexe II en relation avec la section A de l'Annexe II).

Il sied par ailleurs de relever que l'art. 95a LAMal rend également applicables les règlements de droit européen précités.

En outre, ces règlements sont directement applicables et priment le droit interne. En revanche, ils ne modifient pas la législation matérielle interne, ils ne font que coordonner les systèmes nationaux (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5241/2013 du 28 juillet 2016 consid. 7 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/Bettina KAHIL-WOLFF/Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 593 n. 2).

3.2 En l'occurrence, on rappellera que la décision litigieuse porte sur la demande de restitution de prestations, à savoir la prise en charge de frais de traitements médicaux prodigués par des prestataires français entre le 27 avril et le 22 décembre 2021, qui auraient été allouées à tort par l'intimée à la recourante.

3.2.1 S'agissant du champ d'application temporel, dans la mesure où les faits ont eu lieu après le 1^{er} avril 2012, sont applicables à la présente cause le Règlement n° 883/2004 et le Règlement n° 987/2009.

3.2.2 Le champ d'application personnel du Règlement n°883/2004 est déterminé à l'art. 2 § 1 selon lequel ledit règlement s'applique aux ressortissants de l'un des États membres, aux apatrides et aux réfugiés résidant dans un État membre qui sont ou ont été soumis à la législation d'un ou de plusieurs États membres, ainsi qu'aux membres de leur famille - dont la notion est définie à l'art. 1 let. i dudit règlement - et à leurs survivants.

La recourante, d'origine kirghize, est mariée à un ressortissant français. Durant la période litigieuse, soit lorsque les traitements médicaux ont été prodigués entre le 27 avril et le 22 décembre 2021, les époux étaient domiciliés en France, et le mari de la recourante travaillait en Suisse en qualité de frontalier. Antérieurement à cette période, la recourante et son époux étaient affiliés au régime d'assurance-maladie suisse, en raison, principalement, de l'exercice, par ce dernier, d'une activité lucrative en Suisse. On notera également que les époux ont séjourné en Suisse entre le 16 juillet 2020 et le 28 février 2021.

Par conséquent, en tant que membre de la famille d'un ressortissant d'un Etat membre, la France, la recourante entre dans le champ d'application personnel du Règlement n° 883/2004.

3.2.3 Le champ d'application matériel est, quant à lui, déterminé par l'art. 3 § 1 let. a du Règlement n° 883/2004 et prévoit notamment que ledit règlement s'applique à toutes les législations relatives aux branches de sécurité sociale qui concernent les prestations de maladie.

En l'espèce, l'objet de la demande de restitution de l'intimée concerne des prestations de l'assurance-maladie obligatoire des soins au sens de la LAMal (art. 24 ss LAMal), ce qui n'est pas contesté par les parties.

Par conséquent, le champ d'application matériel au sens de l'art. 3 § 1 let. a du Règlement n° 883/2004 est également rempli.

3.2.4 S'agissant du droit applicable, le Règlement n° 883/2004 met en place un système de coordination des différents régimes nationaux de sécurité sociale et établit, à son Titre II (art. 11 à 16), des règles relatives à la détermination de la législation applicable aux travailleurs qui se déplacent à l'intérieur des États membres. Celles-ci tendent notamment à ce que les personnes concernées soient soumises au régime de la sécurité sociale d'un seul État membre, de sorte que les cumuls (partiel ou total) des législations nationales et les complications qui peuvent en résulter soient évités (ATF 144 V 2 consid. 6.1).

Les règles de caractère général qui figurent sous le Titre II du Règlement n° 883/2004 ne s'appliquent cependant que dans la mesure où les dispositions particulières aux différentes catégories de prestations qui constituent le Titre III dudit règlement n'y apportent pas une dérogation (ATF 146 V 290 consid. 3.1).

L'art. 11 § 1 du Règlement n° 883/2004 consacre ainsi le principe de l'unicité de la législation applicable, selon lequel les personnes auxquelles le Règlement

n° 883/2004 est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul État membre (ATF 144 V 2 consid. 6.1), ce paragraphe ajoutant en outre que cette législation est déterminée conformément au Titre II.

Selon l'art. 11 § 3 let. a du Règlement n° 883/2004, la personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un Etat membre est, sous réserve des art. 12 à 16, soumis à la législation de cet Etat membre. Cette disposition fait du lieu de travail le critère principal de rattachement et consacre le principe de la *lex loci laboris*. L'Etat d'emploi est alors seul compétent en vertu du principe de l'unicité de la législation applicable prévu à l'art. 11 par. 1 du Règlement n° 883/2004, selon lequel les personnes auxquelles le règlement est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul Etat membre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2016 du 5 avril 2016 consid. 3.1).

Selon l'art. 11 § 3 let. e du Règlement n° 883/2004, les personnes autres que celles visées aux let. a à d, soit notamment les membres de la famille n'exerçant pas d'activité lucrative (ATF 140 V 98 consid. 8.1), sont soumises à la législation de l'Etat membre de résidence, sans préjudice d'autres dispositions du présent règlement qui leur garantissent des prestations en vertu de la législation d'un ou de plusieurs autres Etats membres.

3.3 Le principe de la *lex loci laboris* peut être assorti d'exceptions. En effet, en application de l'art. 83 du Règlement n° 883/2004, l'Annexe XI audit règlement régit les modalités particulières d'application des législations de certains États membres. Il en ressort notamment que les personnes soumises aux dispositions légales suisses peuvent, sur demande, être exemptées de l'assurance maladie obligatoire (LAMal) en tant qu'elles résident dans l'un des États suivants et peuvent prouver qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie : Allemagne, Autriche, France, Italie et, dans certains cas, la Finlande et le Portugal (voir également Annexe II ALCP, section A, par. 1, let. i, ch. 3b). Cette faculté est communément appelée « droit d'option » (arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2016 précité consid. 3.2).

3.4 L'art. 14 al. 2 du Règlement no 883/2004 prévoit que quand, en vertu de la législation d'un Etat membre, l'intéressé est soumis à l'assurance obligatoire dans cet Etat membre, il ne peut pas être soumis dans un autre Etat membre à un régime d'assurance volontaire ou facultative continuée. Dans tous les autres cas, où s'offre pour une branche donnée le choix entre plusieurs régimes d'assurance volontaire ou facultative continuée, la personne concernée n'est admise qu'au régime qu'elle a choisi.

3.5 Le droit suisse a été adapté pour tenir compte du droit d'option instauré par la réglementation européenne. Selon l'art. 2 al. 6 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) – disposition qui doit être lue en corrélation avec les art. 3 al. 3 let. a LAMal et 1 al. 2 let. d OAMal –, sont, sur requête, exceptées de l'obligation de s'assurer les personnes qui résident dans un

Etat membre de l'UE, pour autant qu'elles puissent être exceptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'ALCP et de son annexe II et qu'elles prouvent qu'elles bénéficient dans l'Etat de résidence et lors d'un séjour dans un autre Etat membre de l'Union européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie.

L'art. 4a let. a LAMal précise que les personnes tenues de s'assurer parce qu'elles exercent une activité lucrative en Suisse et les membres de leur famille tenus de s'assurer qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne doivent être assurés par le même assureur. L'art. 2 al. 1 OAMal (en corrélation avec l'art. 3 al. 2 LAMal) spécifie quant à lui que sont exceptés de l'obligation de s'assurer les personnes – et les membres de leur famille (let. f) – qui, en vertu de l'ALCP et de son annexe II, sont soumises aux dispositions légales d'un autre Etat membre parce qu'elles exercent une activité lucrative dans cet Etat (let. c), parce qu'elles perçoivent une prestation d'une assurance-chômage étrangère (let. d) ou parce qu'elles ont droit à une rente de cet Etat sans avoir droit à une rente suisse (let. e).

3.6 Les modalités de l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie entre la Suisse et la France ont notamment été explicitées dans un accord bilatéral du 7 juillet 2016 (Accord entre les autorités compétentes de la Confédération suisse et de la République française concernant la possibilité d'exemption de l'assurance-maladie suisse). En vertu de l'art. 2 al. 1 de cet accord, l'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse est seulement possible tant que les personnes concernées prouvent qu'elles bénéficient en France d'une couverture légale pour les soins en cas de maladie. L'art. 2 al. 2 de l'accord précise quant à lui que l'exemption est définitive et irrévocable, sous réserve de la survenance d'un nouveau fait générateur de son exercice. Les faits générateurs de l'exercice de cette exemption se limitent à la prise d'activité en Suisse, à la reprise d'activité en Suisse après une période de chômage, à la prise de domicile en France et au passage du statut de travailleur à celui de pensionné.

Aussi, le frontalier n'entendant pas être soumis au régime de l'assurance-maladie obligatoire suisse présente une demande d'exemption, en temps utile, à l'autorité désignée par le canton (art. 6a al. 3 phr. 2 LAMal), soit, dans le canton de Genève, au SAM selon l'art. 5 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05). Cette demande doit comporter l'exercice du droit d'option et fournir la preuve de la couverture contre le risque « maladie » dans l'État de résidence et lors d'un séjour dans un autre État membre de l'Union européenne et en Suisse. Dans les relations franco-suisse, la demande doit être présentée au moyen d'un formulaire *ad hoc*, qui doit être obligatoirement visé, en France, par la CPAM du lieu de résidence.

4.

4.1 En l'espèce, au motif que la recourante n'était plus affiliée au régime suisse d'assurance-maladie obligatoire des soins depuis le 1^{er} mars 2021, l'intimée a

rendu à son encontre une décision de restitution, fondée sur l'art. 25 LPGA, pour réclamer la restitution de prestations – soit la prise en charge des frais de traitements prodigués durant la période du 27 avril au 22 décembre 2021 – allouées de manière indue.

De son côté, la recourante allègue que dès le 1^{er} mars 2021 elle était affiliée à la CPAM de Haute-Savoie, en France et fait valoir que c'est cette dernière qui devait prendre en charge les frais de traitements considérés.

4.2 En l'occurrence, tous les éléments au dossier confirment l'affiliation de la recourante au système d'assurance maladie français dès le 1^{er} mars 2021.

En effet, lorsque la recourante et son mari ont quitté la Suisse, le 28 février 2021, ce dernier, qui continuait à travailler en Suisse comme frontalier a fait valoir son droit d'option. Il a ainsi choisi, pour lui et son épouse, l'affiliation à la CPAM française par le biais du formulaire de choix du système d'assurance-maladie, ce qui était son droit dès lors que les époux quittaient la Suisse pour retourner vivre en France. Cette affiliation dès le 1^{er} mars 2021 est d'ailleurs confirmée par l'attestation d'affiliation du 20 juin 2025 émise par la CPAM, produite par la recourante.

L'intimée a quant à elle valablement été informée de la sortie de la recourante et son mari, le 28 février 2021, de l'assurance de groupe du B_____, puisqu'elle a reçu de la part de ce dernier, par courriel du 19 mars 2021, le formulaire d'avis de sortie signé le 1^{er} mars 2021. Il n'y avait d'ailleurs aucun doute sur la situation, puisqu'il était expressément indiqué sur le formulaire qu'il n'y avait pas de transfert dans l'assurance individuelle et qu'il s'agissait d'une démission de l'assurance, due au transfert de résidence en France des époux au 1^{er} mars 2021.

Malgré cela, l'intimée a payé les factures des traitements visés par la décision litigieuse, qui lui ont été adressées par l'Institution commune LAMal. On relèvera que cette dernière a expliqué avoir transmis lesdites factures, datées des 23 janvier et 18 septembre 2022, à l'intimée, qui ne l'avait pas informée de la fin de l'affiliation de la recourante à l'assurance-maladie obligatoire suisse. Aussi l'intimée a-t-elle pris en charge ces prestations de manière indue.

Cela étant, force est de constater que, conformément aux règles de droit européen précitées, le choix d'affiliation au régime d'assurance-maladie français – valablement effectué par le mari de la recourante, pour lui-même et cette dernière – a pour conséquence que seul le droit français en matière d'assurance-maladie s'applique à la recourante. Ainsi, dès le 1^{er} mars 2021, la LAMal ne s'appliquait plus à cette dernière et donc, le renvoi à la LPGA, prévu à l'art. 1 al. 1 LPGA, ne trouve pas non plus application.

On rappellera que les personnes auxquelles le présent règlement est applicable – comme c'est le cas de la recourante – ne sont soumises qu'à la législation d'un seul État membre, en l'espèce, le droit français (*cf.* art. 11 § 1 Règlement n° 883/2004).

Dans ces conditions, l'intimée n'était pas fondée à demander la restitution des prestations postérieures au 1^{er} mars 2021 sur la base de l'art. 25 LPGA, dès lors que cette disposition ne s'applique pas à la recourante, qui est, depuis cette date, soumise exclusivement au droit français.

On relèvera que pour demander la restitution des montants payés indûment aux fournisseurs de prestations français, par l'intermédiaire de l'Institution commune LAMal, il convenait de passer par la procédure générale de recouvrement de créance prévue par les art. 84 du Règlement n° 883/2004 et 71 et suivants du Règlement n° 987/2009, ce que, comme l'a indiqué l'Institution commune LAMal, l'intimée aurait tardé à faire. Quoi qu'il en soit, il n'appartient pas à la chambre de céans d'examiner de quelle façon l'intimée peut faire valoir ses droits par l'intermédiaire de l'Institution commune LAMal, cet aspect étant exorbitant à l'objet du litige.

5.

5.1 A l'aune de ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée sera annulée.

5.2 Malgré l'issue du litige, aucune indemnité de procédure ne sera allouée à la recourante, qui n'est pas représentée et n'a pas exposé avoir subi des frais pour sa défense (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

5.3 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} *a contrario* LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 26 août 2025.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le